

Profilerhebungsbogen

Teil B Experte

Angaben zur Person

E1	Grund der Vorstellung: _____	<i>Vorname, Name, Geburtsdatum bzw. Adressaufkleber</i>
	<input type="checkbox"/> Erstvorsteller <input type="checkbox"/> Wiedervorsteller <input type="checkbox"/> Interimsversorgung <input type="checkbox"/> Definitivversorgung <input type="checkbox"/> Folgeversorgung	_____
E2	Größe: _____ m Gewicht: _____ kg (<input type="checkbox"/> ohne Prothese <input type="checkbox"/> mit Prothese)	

Angaben zur Amputation

E3	Bei doppelseitiger Amputation extra Formular für zweite Seite nutzen		<input type="checkbox"/> beidseitig
	Amputiert seit: Tag/Monat/Jahr / / Seite: <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		
E4	Amputationshöhe <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> Knieex. <input type="checkbox"/> Hüftex. <input type="checkbox"/> Hemipelv. <input type="checkbox"/> Fuß: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
	spezifisch: _____		
E5	Ursache <input type="checkbox"/> pAVK (ohne Diabetes) <input type="checkbox"/> andere Zirkulationsstörung <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Infektion (ohne Diabetes) <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	spezifisch: _____		
E6	Wo wurde die Amputation durchgeführt? Klinik, Ort: _____		
E7	Gab es Nachamputationen/ Revisionen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> weichteilig <input type="checkbox"/> knöchern		
	spezifisch: Klinik, Ort: _____ Monat/Jahr /		

Kraft und Beweglichkeit

	betroffene Seite:	Beweglichkeit	Referenz ¹ ROM	Kontraktur	Muskelkraft ² n. Janda (0-5)	nicht testbar
E8	Hüfte Ex/Flex: _____ / _____ / _____		(20°/0/120°)	<input type="checkbox"/>	____/____	<input type="checkbox"/>
	Abd/Add: _____ / _____ / _____		(40°/0/ 25°)	<input type="checkbox"/>	____/____	<input type="checkbox"/>
	ARO/IRO: _____ / _____ / _____		(45°/0/ 35°)	<input type="checkbox"/>	____/____	<input type="checkbox"/>
E9	Knie Ex/Flex: _____ / _____ / _____		(5°/0/140°)	<input type="checkbox"/>	____/____	<input type="checkbox"/>
	Bandinstabilität: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> Kollateral- Varus/Valgus Fehlstellung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kreuzbänder	<input type="checkbox"/>
E10	OSG Knie 90° Dors.Ex/Pl.Flex: _____ / _____ / _____		(20° /0/ 40°)	<input type="checkbox"/>	____/____	<input type="checkbox"/>
	USG Knie 0° _____ / _____ / _____ Sup/Pro Einschränkung?: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →			<input type="checkbox"/>	____/____	<input type="checkbox"/>
E11	Besonderheiten kontralateral: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Kraftdefizit <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkungen <input type="checkbox"/> Fehlstellung <input type="checkbox"/> Fußheberschwäche <input type="checkbox"/> Ulkus <input type="checkbox"/> Amputation <input type="checkbox"/> Sonstiges					
	spezifisch: _____					
E12	Einschränkung von: nein ja → spezifisch: _____					
	Wirbelsäule/ Rumpf: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
E13	oberen Extremität/ Handfunktion: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

¹Referenz ROM: Prometheus Allgemeine Anatomie und Bewegungssystem, M. Schünke, et al., 5. überarbeitete Auflage 2018. ISBN: 9783132420830

²Janda V. (2000). Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik, 4. bearb. Aufl., Urban & Fischer, München

Profilerhebungsbogen

Teil B Experte

Stumpfverhältnisse

E14	Stumpfform:	<input type="checkbox"/> zylindrisch	<input type="checkbox"/> konisch	<input type="checkbox"/> birnenförmig	<input type="checkbox"/> typisch (gemäß Amp. Höhe z. B. Kineex, Chopart)
		<input type="checkbox"/> a-typisch: _____			
E15	Stumpflänge: (relativ zur kontralat. Seite)	<input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> ultra kurz	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> typisch (gemäß Amp. Höhe z. B. Kineex, Chopart)
		knöchern: _____ cm		weichteilig: _____ cm	
E16	Knochenende:	<input type="checkbox"/> prominent	<input type="checkbox"/> nicht prominent	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
E17	Stumpfend- belastungsfähigkeit:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> keine	
E18	Weichteildeckung:	<input type="checkbox"/> gering	<input type="checkbox"/> adäquat	<input type="checkbox"/> übermäßig	
E19	Weichteilzustand:	<input type="checkbox"/> muskulös	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> weich	<input type="checkbox"/> atrophiert
E20	Ödem:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, leicht	<input type="checkbox"/> ja, ausgeprägt	
E21	Volumenschwankungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____	
E22	Amputationsnarbe:	<input type="checkbox"/> verheilt	<input type="checkbox"/> eingezogen	<input type="checkbox"/> verschieblich	<input type="checkbox"/> mit Knochen verwachsen
		<input type="checkbox"/> nicht verheilt	<input type="checkbox"/> instabil	<input type="checkbox"/> verdichtetes Narbengewebe/ Narbenplatte	
E23	Hautzustand:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig →	spezifisch: _____	
		<input type="checkbox"/> zusätzliche Narbe (z. B. Entnahmestelle)	<input type="checkbox"/> Hauttransplantation	<input type="checkbox"/> Hautbarriere intakt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
E24	Hautfarbe:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> auffällig →	spezifisch: _____	
E25	Sensibilität:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> vermehrt →	<input type="checkbox"/> vermindert	spezifisch: _____
E26	Temperatur:	<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> warm	<input type="checkbox"/> kalt	
E27	weitere Auffälligkeiten:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rötung	<input type="checkbox"/> Druckstelle	<input type="checkbox"/> Scheuerstelle <input type="checkbox"/> Ulcus
		<input type="checkbox"/> Randknoten	<input type="checkbox"/> Polödem	<input type="checkbox"/> Fistel	<input type="checkbox"/> Neurom <input type="checkbox"/> Infekt
		<input type="checkbox"/> Exostosen	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ (z. B. Bypass, andere Fremdkörper, Weichteilverhärtung)		
	Beschreibung/ Lokalisation/ Ursache:				
E28	Stumpf-Fotos:	<input type="checkbox"/> sagittal	<input type="checkbox"/> frontal	<input type="checkbox"/> distal	<input type="checkbox"/> Narbenbereich <input type="checkbox"/> Stumpfstellung im Raum
E29	Bemerkungen: (Röntgenbefund/ sonst. Bildgebung/ Labor/ etc.)				

Schmerzen³

	Phantomschmerzen	Stumpfschmerzen	sonstige Schmerzen (z.B. Wirbelsäule, Rumpf)
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →
	spezifisch: (spontan/ belastungsabhängig, wo?, seit wann?, provozierbar?, wie oft?)		
E30	Schmerzstärke bitte jeweils eintragen, Skala 0-10 (0 = „kein Schmerz“ – 10= stärkster vorstellbarer Schmerz)		
	momentane Schmerzstärke:	—	—
	durchschnittliche Schmerzstärke: (während der letzten 4 Wochen)	—	—
	größte Schmerzstärke: (während der letzten 4 Wochen)	—	—
E31	Phantomgefühl:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____

³in Anlehnung an den Deutscher Schmerzfragebogen, Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. Version 2015,
<https://www.schmerzgesellschaft.de/schmerzfragebogen> (04.02.2021)

Profilerhebungsbogen

Teil B Experte

Angaben zur derzeitigen Versorgung

E32	<input type="checkbox"/> Post-OP Versorgung	<input type="checkbox"/> Interimsprothese	<input type="checkbox"/> Definitivprothese	<input type="checkbox"/> Wechselprothese (z.B. Sport, Wasserfest)	<input type="checkbox"/> keine
E33	Prothese erstellt von: _____		Monat/Jahr /	Prothesengewicht: _____ kg	
E34	Schaftsystem: Halte-/ Haftmechanismen: _____				
E35	Stumpfformung/ Lymphmanagement:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____	
E36	Liner:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	<input type="checkbox"/> Post OP Liner	
	Linergröße: _____				
	spezifisch: _____	ausführliche Maßdokumentation erfolgt gesondert z. B. Maßdokumentation der BUFA ⁴ / DGIHV ⁵			
	Sonstiges: _____				
E37	Stumpfstrümpfe:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____ (wann?, Anzahl, Art, Größe)	
E38	Endkontakt:	<input type="checkbox"/> voll	<input type="checkbox"/> teilweise →	<input type="checkbox"/> kein Endkontakt →	spezifisch: _____
E39	Passform:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> mangelhaft →	spezifisch: _____	
E40	korrekte Prothesenlänge:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein →	spezifisch: _____	
E41	Fußpassteil: _____	Größe/ Kat.: _____	Hüftpassteil: _____		
	Kniepassteil: _____	ggf. Modus: _____	Funktionelle Zusätze: _____ (z. B. Drehadapter, etc.)		
E42	Formausgleich:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____	
E43	Aufbaukontrolle:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____	
E44	Aufbaudokumentation:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →	spezifisch: _____	
E45	Bemerkung/Sonstiges: _____				

Gangbildbeobachtung

(optional)

E46	<input type="checkbox"/> Auffälligkeiten in Koordination/ Balance	spezifisch: _____			
	Videodokumentation:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja →		
	<input type="checkbox"/> Ebene	<input type="checkbox"/> Rampe	<input type="checkbox"/> Treppe	<input type="checkbox"/> unebener Untergrund	
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				

⁴Bundesfachschule Orthopädie-Technik Maßblätter und Zustandserhebungen, <https://www.ot-bufa.de/bufa/service/download/massblaetter/> (25.03.2022)

⁵Kompodium Qualitätsstandard im Bereich Prothetik der unteren Extremität, DGIHV e.V. 1. Auflage 2018 plus CD-ROM Formulare, Stand 05/2018. Verlag Orthopädie-Technik ISBN 978-3-9813221-6-3

Profilerhebungsbogen

Teil B Experte

Fähigkeit zur Mobilität und Aktivität – PLUS-M⁶

Ergebnis aus Teil A Patient Seite 4, T-Score aus Tabelle siehe Anhang Plus-M Auswertung

E47 Rohwert: _____ T-Score: _____ primär verwendete Gehhilfe: _____ rechts links beidseitig

Definition und Bewertung selbst definierten Aktivitäten/ Fertigkeiten – PSFS⁷ (PMS)

	<ul style="list-style-type: none"> • Formulieren Sie gemeinsam mit Ihrem Patienten bis zu drei realistische Aktivitäten/ Fertigkeiten, die dieser zukünftig erlangen oder verbessern möchte. • Lassen Sie den Patienten auf einer Skala von 0-10 bewerten in wie weit die Aktivität/ Fertigkeit zum heutigen Zeitpunkt möglich ist. 0 = unfähig die Aktivität auszuführen 10 = Aktivität lässt sich wie gewünscht ausführen • Formulieren Sie gemeinsam eine realistische Zieldefinition pro Aktivität/ Fertigkeit. 	Bewertung 0 - 10
E48	1. Aktivität/ Fertigkeit: _____ Zieldefinition: _____	_____
	2. Aktivität/ Fertigkeit: _____ Zieldefinition: _____	_____
	3. Aktivität/ Fertigkeit: _____ Zieldefinition: _____	_____

Index zur Beurteilung des Gehens auf Treppen/ Rampen – SAI/ HAI⁸ (PMS)

E49	Treppen-Index SAI		Rampen-Index HAI	
	SAI rauf: _____	SAI runter: _____	HAI rauf: _____	HAI runter: _____
	0 nicht möglich	7 überspringen, Handlauf	0 nicht möglich	6 Durchschritt >½, Gehhilfe
	1 mit Unterstützung	8 überspringen, Gehhilfe	1 mit Unterstützung	7 alternierend, Gehhilfe
	2 Nachstellschritt, Handlauf Gehhilfe	9 überspringen, frei	2 Seitschritt, Gehhilfe	8 Nachstellschritt, frei
	3 Nachstellschritt, Handlauf	10 alternierend, Handlauf, Gehhilfe	3 Seitschritt, frei	9 Durchschritt ½, frei
	4 Nachstellschritt, Gehhilfe	11 alternierend, Handlauf	4 Nachstellschritt, Gehhilfe	10 Durchschritt >½frei
	5 Nachstellschritt, frei	12 alternierend, Gehhilfe	5 Durchschritt ½, Gehhilfe	11 alternierend, frei
	6 überspringen, Handlauf Gehhilfe	13 alternierend, frei		

2-Minuten-Gehtest Walk Test – 2MWT⁹ Länge der Teststrecke: _____ m (optional)

E50 Strecke: _____ m frei Gehhilfe: _____ li re bds
 Strecke: _____ m frei Gehhilfe: _____ li re bds

Aufstehen/Hinsetzen, Abbiegen, Drehen – L-Test¹⁰ (optional)

E51 Zeit: _____ s frei Gehhilfe: _____ li re bds
 Zeit: _____ s frei Gehhilfe: _____ li re bds

Koordination mit Hindernis – FSST¹¹ (optional)

E52 Zeit: _____ s frei Gehhilfe: _____ li re bds
 Zeit: _____ s frei Gehhilfe: _____ li re bds

⁶PLUS-MTM: Prosthetic Limb Users Survey of Mobility (PLUS-MTM) 12-Fragen Kurzformular (v1.2). <https://plus-m.org/>. Aufgerufen am 01.12.2020.

⁷PSFS: Patient Specific Functioning Scale Stratford PW, et al. Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient-specific measure. Physiotherapy Canada. 1995;47:258-263.

⁸SAI/ HAI: Stair/Hill Assessment Index Highsmith, M. J., et al. Psychometric evaluation of the hill assessment index and stair assessment index in high-functioning transfemoral amputees. Technol Innov. 2016; 18(2-3): 193-201.

⁹2MWT: 2-Minute Walk Test Brooks D, et al. The 2-minute walk test as a measure of functional improvement in persons with lower limb amputation. Arch Phys Med Rehabil. 2001; 82(10):1478-83

¹⁰L-Test: Deathe A.B., et al. The L test of functional mobility: measurement properties of a modified version of the TUG designed for people with lower-limb amputations. Phys Ther. 2005 Jul;85(7):626-35.

¹¹FSST: Dite W, Temple VA. Development of a clinical measure of turning for older adults. Am J Phys Med Rehabil 2002;81:857-66; quiz 867-8

Profilerhebungsbogen

Teil B Experte

Aktivitätsniveau

(PMS)

basierend auf Gesamterhebung (auch Teil A Patient „Lebensraum“ und „Aktivität“ bei der Einteilung berücksichtigen)

	Aktivitätsniveau	0	1	1 +	2	2+	3	3+	4	spezifisch (Fähigkeiten, Aktivitäten):
E53	aktiv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E54	erwartet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Angaben zur geplanten Versorgung (Grobplanung)

E55	<input type="checkbox"/> Post OP Versorgung <input type="checkbox"/> Interimsprothese <input type="checkbox"/> Definitivprothese <input type="checkbox"/> Wechselprothese (z.B. Sport, Wasserfest) <input type="checkbox"/> keine
E56	Schaftsystem: Halte-/ Haftmechanismen:
E57	Stumpfformung/ Lymphmanagement: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → spezifisch: _____
E58	Liner: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> Post OP Liner Linergröße: _____ spezifisch: _____ ausführliche Maßdokumentation erfolgt gesondert z. B. Maßdokumentation der BUFA ⁴ / DGIHV ⁵ Sonstiges: _____
E59	Stumpfstrümpfe: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → spezifisch: _____ (wann?, Anzahl, Art, Größe)
E60	Endkontakt: <input type="checkbox"/> voll <input type="checkbox"/> teilweise → <input type="checkbox"/> kein Endkontakt → spezifisch: _____
E61	Fußpassteil: _____ Größe/ Kat.: _____ Hüftpassteil: _____ Kniepassteil: _____ ggf. Modus: _____ Funktionelle Zusätze: _____ (z. B. Drehadapter, etc.)
E62	Formausgleich: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → spezifisch: _____
E63	Bemerkung/Sonstiges:

Zusammenfassende Beurteilung

E64	Versorgungs-/ Therapieziel:
E65	Prothesenversorgung möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → spezifisch: _____
E66	Weitere Hilfsmittel/ Therapiemaßnahmen indiziert? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → spezifisch: _____
E67	Indikation zur Stumpfrevision abklären lassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → spezifisch: _____
E68	weiteres Procedere:
E69	Ereignis/ Zeitpunkt zur nächsten Erhebung: <input type="checkbox"/> jährlich <input type="checkbox"/> Ereignis/ Zeitpunkt →
E70	Daten erhoben, Datum/Name: _____ / _____

⁴Bundesfachschule Orthopädie-Technik Maßblätter und Zustandserhebungen, <https://www.ot-bufa.de/bufa/service/download/massblaetter/> (25.03.2022)

⁵Kompodium Qualitätsstandard im Bereich Prothetik der unteren Extremität, DGIHV e.V. 1. Auflage 2018 plus CD-ROM Formulare, Stand 05/2018. Verlag Orthopädie-Technik ISBN 978-3-9813221-6-3